

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE N° 478

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 5 juillet 1899, à 1 heure

Par ARCH. A. WARDEN

M. A., M. D. Université de Glasgow

Ancien prosecteur, Université de Glasgow, 1893-94

Ancien interne: Glasgow Western Infirmary, 1894-95; Glasgow, Maternité Hospital, 1895-96
Hertford British Hospital, Paris, 1897-98.

L'ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ DANS LES CAS DE BASSINS RÉTRÉCIS

Quelques Résultats à la Maternité de Glasgow

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : } MM. LANNELONGUE, professeur.
WALTHER et LEPAGE, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N° 478

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 5 juillet 1899, à 1 heure

Par ARCH. A. WARDEN

M. A., M. D. Université de Glasgow

Ancien prosecteur, Université de Glasgow, 1893-94

Ancien interne: Glasgow Western Infirmary, 1894-95; Glasgow, Maternité Hospital, 1895-96
Hertford British Hospital, Paris, 1897-98.

L'ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ

DANS LES CAS DE BASSINS RÉTRÉCIS

Quelques Résultats à la Maternité de Glasgow

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : { MM. LANNELONGUE, professeur.
WALTHER et LEPAGE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS
JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pat ologie médicale.		DEBOVE.
Pa ologie chirurgicale.		HUTINEL.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie.		CORNIL.
Opérations et appareils.		MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène.		LANDOUZY
Médecine légale.		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.		N.....
		CHANTEMESSE
Clinique médicale.	}	POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladie des enfants.		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.		BERGER.
Clinique chirurgicale.	}	DUPLAY.
		LE DENTU
		TILLAX.
Clinique ophthalmologique.		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.
Clinique d'accouchements.		BUDIN.
		PINARD.

Agréés en exercice.

MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (AUG.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ)	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

L'ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ

DANS LES CAS DE BASSINS RÉTRÉCIS

QUELQUES RÉSULTATS A GLASGOW 1889-1896

S'il est vrai qu'en obstétrique il n'est pas de tâche plus difficile que celle de l'accoucheur en face d'un bassin rétréci, il est vrai aussi que ces huit dernières années ont vu la mise en pratique ou plutôt la remise en honneur d'un procédé opératoire, aussi important au point de vue du problème à résoudre que l'application de forceps à l'extraction de Tarnier il y a plus de vingt ans.

Lorsque Pinard lut sa première communication sur la symphyséotomie, à la clinique Baudelocque, le 7 décembre 1881, les moyens dont il disposait, en face d'un bassin rétréci, étaient ceux, et ceux seulement, dont nous nous servons à l'hôpital de la Maternité de Glasgow.

C'est-à-dire, qu'on pourrait essayer la version, le forceps, ou tous les deux. Si on ne réussissait pas, on avait recours à la craniotomie. La section césarienne était réservée pour les cas de rétrécissement extrême, la

femme étant à terme, ou pour les cas où le diamètre antéro-postérieur était tel que l'embryotomie eût été une opération plus dangereuse encore pour la mère

Les statistiques sont toujours très trompeuses, il faut hésiter avant d'accepter des conclusions qu'on en tirerait à première vue. Elles sont cependant toujours dignes d'attention et je me contente de donner des faits d'où chacun tâchera de tirer les conclusions justes.

Sans entrer dans une statistique compliquée il est indiscutable que la section césarienne, même entre les mains les plus habiles, peut sauver l'enfant, mais fait courir à la mère un danger très grave, tandis que la craniotomie qui est une opération plus simple est peu dangereuse pour la mère, mais ne laisse pas vivre l'enfant. Le but de la communication de Pinard — et la gloire de sa pratique depuis — était de découvrir s'il n'y avait pas une *via media* entre ces deux procédés opératoires extrêmes, et cette *via media*, il croit l'avoir trouvée dans l'opération, longtemps inusitée, de la symphyséotomie. Avec une régularité qui est une preuve au moins de sa confiance en sa cause, Pinard a publié, Décembre après Décembre, le résultat annuel de ses cas de symphyséotomie.

De plus, au *Congrès international des sciences médicales à Rome en mars 1894*, il a lu une longue communication, intitulée : « *De l'agrandissement momentané du Bassin* » où il a répété les détails opératoires sur lesquels a insisté Farabœuf, il a résumé les recherches anatomiques de ce dernier ses mesures et ses calculs, ainsi que ses propres résultats cliniques et statistiques. Auparavant, en avril 1893, avait eu lieu à la Société obstétri-

cale de France la discussion animée entre les partisans de la nouvelle opération et les accoucheurs plus conservateurs.

De quel côté la maternité de Glasgow, avec son champ énorme de bassins rétrécis et toutes leurs complications, se trouve-t-elle ? Jusqu'ici Glasgow a été satisfait des moyens de traitement les plus classiques, non pas parce qu'ils donnent des résultats meilleurs, puisque la symphyséotomie n'a pas encore été pratiquée à Glasgow ; on n'a d'ailleurs pas encore publié les résultats d'aucun traitement de bassins rétrécis pendant une période de temps assez longue. J'excepte, bien entendu, les publications bien connues du professeur Cameron, sur la section césarienne dans les cas de rétrécissement extrême.

A l'appui, donc, de notre manière de voir, nous allons donner les résultats d'une méthode de traitement dans de tels cas, à savoir : l'accouchement forcé prématuré. Nous ne voulons pas, nous ne pourrions même pas, instituer une comparaison entre nos résultats et les statistiques publiées par Pinard. Car, après trois années d'expérience des bienfaits de la symphyséotomie, il donne ainsi des conclusions :

« 1° Abandon de l'accouchement prématuré artificiel.

2° Abandon de toute application de forceps et de toute opération impliquant la lutte de la tête fœtale contre une résistance osseuse du bassin (que cette résistance siège au détroit supérieur, dans l'excavation, ou au détroit inférieur) ;

1. *De la symphyséotomie à la clinique Baudelocque*, 1894, p. 1. Stenheil, Paris.

3° Abandon absolu de l'embryotomie sur l'enfant vivant ;

4° Agrandissement momentané du bassin (par symphyséotomie, pubiotomie, ischio-pubiotomie, coccygotomie), dans tous les cas où il y a résistance osseuse non vaincue par les contractions, la tête étant bien orientée, et où le calcul me démontre que la section du bassin et un écartement ne dépassant pas 7 centimètres permettront le passage d'une tête de fœtus à terme.

5° Opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique (opération de Porro), dans les cas d'étroitesse absolue. » On peut voir par là combien il serait absurde et injuste de mettre en relief le contraste entre les résultats de l'Induction artificielle et les résultats d'une opération qui, d'après Pinard, est destinée à remplacer tant de procédés si estimés jadis et même encore aujourd'hui très appréciés par nombre d'accoucheurs. Il est toujours dangereux de comparer des statistiques, et les conditions si différentes où se trouvent la Maternité de Glasgow et la clinique Baudelocque rendent, même en grand détail, une telle comparaison manifestement impossible.

On peut admettre que le nombre d'accouchements dans les deux établissements variant entre deux et trois mille, est à peu près le même, mais la comparaison ne va pas plus loin.

« J'ai maintenant , dit Pinard (1), abandonné toute application de forceps au détroit supérieur dans les rétrécissements des bassins ; parce que j'ai vu trop de têtes fracturées, parce que Farabeuf m'a montré pour-

1. *De la symphyséotomie à la clinique Baudelocque*, 1893, p. 31.

quoi et comment on les fracturait avec une si grande facilité, j'ai abandonné l'accouchement provoqué, parce que j'ai fait naître trop de fois des enfants non viables, parce que dans d'autres circonstances j'intervenais trop tard, et parce que, enfin, point sur lequel j'appelle votre attention, les travaux les plus récents des neuro-pathologistes démontrent qu'un enfant né avant terme, difficilement, est bien plus qu'un autre, candidat aux diplégies cérébrales. De là, tous mes efforts pour agrandir le canal que doit traverser le fœtus à terme.

Le jour où l'on me démontrera, non pas par des raisonnements, non pas par des lambeaux de statistiques, mais par des faits contenus dans une statistique intégrale, qu'en employant une autre méthode, on obtient de meilleurs résultats que les miens, ce jour-là, mais ce jour-là seulement, j'abandonnerai ce que je préconise aujourd'hui, pour adopter ce qui m'aura été démontré devoir être meilleur. »

Le professeur Pinard a peu à craindre, car, même à part les méthodes de traitement, il jouit, dans l'organisation et l'installation de la clinique Baudelocque, de privilèges et d'avantages exceptionnels, qui devraient, forcément, avoir une influence très sensible sur les chiffres de la mortalité. Le personnel du service, permanent et complet que Pinard a obtenu en 1889, et qui, a lui seul, croît-il, réalise « une économie de vies humaines, » le long séjour de beaucoup de ses malades à la clinique avant leur accouchement, le fait important que ses statistiques ne comportent pas de service en ville, que, jour et nuit, des médecins ou des sages-femmes, entraînées en obstétrique depuis

des années, sont constamment de garde, que Pinard lui-même ou son assistant, le chef de clinique ou de laboratoire, un des répétiteurs, ou la sage-femme en chef, font toutes interventions opératoires ; toutes ces circonstances établissent un contraste évident avec le régime en usage par exemple à Glasgow. Dans la Maternité de cette ville les deux chefs de service, quoique nommés pour une période de plusieurs années, alternent tous les trois mois, les deux internes, pour le service hospitalier et le service en ville, sont nommés aussi tous les trois mois, et le personnel du service des sages-femmes étudiantes se renouvelle constamment. D'après les règlements de l'établissement les femmes *en travail* seulement sont admises (sauf les cas exceptionnels pour accouchements provoqués ou pour la section Césarienne, etc.), plus des trois-quarts des malades sont accouchées chez elles, c'est-à-dire, dans les maisons les plus pauvres et les plus sales de Glasgow. Cet ensemble de circonstances met les deux hôpitaux sur un pied tout-à-fait différent.

On ne peut comparer que des choses semblables, et pendant que Pinard peut mettre en ligne ses résultats annuels avec avantage, nous aussi, nous pouvons comparer entre eux nos résultats annuels et ainsi, seulement, nous pourrions apprécier l'influence, bonne ou mauvaise, d'un traitement nouveau.

Pour cette raison, donc, pendant que la question est toujours, plus ou moins, à l'ordre du jour, nous nous proposons de publier les résultats observés à la maternité de Glasgow pendant les huit dernières années, d'accou-

chement prématuré provoqué dans des cas de rétrécissement marqué du bassin.

Les cas sont par ordre chronologique inverse, en commençant par le dernier, l'induction duquel nous avons commencé par la méthode de Krausé, le 6 mars 1896, quelques jours avant la fin de notre internat, jusqu'au premier en date, le 21 novembre 1889, en tout 39 cas.

Les sept premières observations sont personnelles et nous tenons à remercier nos anciens maîtres, les docteurs Black et Oliphant, pour la permission de les publier. nous donnons les autres cas un peu en précis, retenant, cependant, tous les détails importants qui avaient été notés, surtout, si le résultat, au point de vue du but de l'intervention, la vie de l'enfant, est défavorable.

OBSERVATION 1

Mme M..., *actat* 26. I. pare, Entrée le 6 mars 1896.

Date des dernières règles, milieu du mois de juillet 1894.

La malade est la sœur d'une opérée du professeur Cameron (la section Césarienne), et montre surtout dans les os des jambes et du bassin un degré extrême de déformation rachitique.

Les mesures pelviennes étaient les suivantes :

Diamètre antéro-postérieur externe. . . . 17.78 centimètres.

Diagonale antéro-postérieure. 8.89 —

Diamètre d'une épine à l'autre. 27 —

Diamètre d'une crête à l'autre. 27 —

Le 6 mars 3 h. de l'après-midi. — Bougie en gomme introduite dans l'utérus.

OBSERVATION 3

Mme B... *ætat.* 26. III pare. Entrée le 26 décembre 1895.

Première grossesse à la Maternité de Glasgow le 13 mars 1893. La malade entrait, à terme, le 12 mars 1893, présentation O.I.D.A, et elle était accouchée par le forceps appliqué au détroit supérieur. L'enfant était un garçon, mort, pesant 5 livres 11 grammes. Les mensurations pelviennes étaient :

Diamètre antéro-postérieur estimé à : . . . 7.6 cent.

« Diagonal. 9.5 »

« Intérépineux 21.6 »

« Intercristal. 22.8 »

Le 22 mars. — La mère sortit en bon état.

On lui conseillait de rentrer au huitième mois pour se faire accoucher prématurément.

Deuxième grossesse à la Maternité de Glasgow, le 8 mars 1894.

Entrée le 5 mars 1894.

Le 6 mars. — 11 am. Le professeur Cameron introduit une bougie.

Le 7 mars. — On introduit une deuxième bougie.

Le 8 mars. — Enfant né spontanément, tête petite, pesant 3 livres 14 grammes.

Le 11 mars. — Enfant jauni et faible.

Le 15 mars. — L'enfant meurt.

Le 16 mars. — La mère sort, ayant eu un peu de température le troisième, quatrième et sixième jours de ses couches.

Troisième et dernière grossesse.

Entrée le 26 décembre 1895, col admettant le bout d'un doigt.

Pas de douleurs.

Le 26 décembre, 8 heures du soir. — On introduit une bougie.

Le 26 décembre, 9 heures du soir. — Liquide amniotique coule pendant toute la nuit.

Le 27 décembre, 7 heures du matin. — Col entr'ouvert admet trois doigts.

Le 27 décembre, 4 heures de l'après-midi. — Col bien dilaté, tête engagée en O.I.D.A. Sous le chloroforme on complète la dilatation par la main, on applique le forceps et on délivre la femme de son premier enfant né à terme vivant.

La respiration et les pulsations cardiaques étaient d'abord très faibles mais avec la respiration artificielle, projection sur la poitrine d'eau froide et chaude alternativement, la friction avec du whisky, tout entrait dans l'ordre.

L'enfant pesait 3178 grammes.

Suites de couches normales.

Le 6 janvier 1896. — Sortie en bon état, enfant pesant 3405 grammes.

OBSERVATION 4

Mme M... D..., *ætat.* 33. VI pare, entre le 9 déc. 1895.

Premier accouchement. — Fausse couche au sixième mois.

Deuxième accouchement. — Au Rotunda hospital, Dublin
Accouchement prématuré provoqué; l'enfant naît vivant, solide et fort jusqu'à ce jour.

Troisième accouchement. — Fausse couche au septième mois.

Quatrième accouchement. — A la maternité de Glasgow le 22 février 1893.

Durée du travail, 30 heures.

Application de forceps au détroit supérieur, enfant, du poids de 3235, naît mort.

Cinquième accouchement. — A la maternité de Glasgow le 3 oct. 1894.

Le 26 septembre 1894. — Vue par le professeur Cameron qui conseille l'induction immédiate.

29 septembre. — Introduction de la bougie.

30 septembre. — Point de douleurs. On enlève donc la bougie et on en introduit une autre.

1^{er} octobre. — Sous le chloroforme le professeur Cameron applique son forceps antéro-postérieur en axis-traction et délivre un enfant vivant et sain.

Poids 2951 grammes.

12 octobre. — La mère et l'enfant sortent en bon état.

On considère le bassin comme généralement rétréci et le diamètre antéro-postérieur comme étant de 7,62 cent.

Sixième accouchement actuel. — Entrée le 9 décembre 1895.

Date des dernières règles, mars 1895.

Présentation de siège, dorso-antérieur.

Le 10 décembre, 5 h. du soir. — Bougie introduite, on ne peut éviter de rompre la poche des eaux.

11 décembre, 2 h. du soir. — Col dilaté jusqu'au diamètre d'une pièce de 2 francs, la bougie est dédoublée et poussée dans le fond du vagin. Elle est enlevée et une autre est introduite.

11 décembre, 5 h. du soir. — Col plus grand qu'une pièce de 5 francs. On entend le cœur fœtal dans la ligne médiane, deux centimètres au-dessous de l'ombilic, fort et à peu près à 130.

11 décembre, 10 h. du soir. — Auscultation négative, col dilaté. La malade est endormie et on fait la version par manœuvres internes. Il n'y a pas de pulsations du cordon ombilical.

On descend les bras avec beaucoup de difficulté et la tête ne sort qu'après une traction assez forte, aidée par la pression sus-pubienne.

Enfant était mort, et du poids de 2837 grammes.

Le 20 décembre. — La mère sort en bon état.

OBSERVATION 5

Mme C... *Aet.* 32. II pare. Entrée le 17 décembre 1895.

Premier accouchement à la maternité de Glasgow, juillet 1893. La durée totale du travail était 23 heures 1/2 et on considérait la malade comme à terme.

Le diamètre antéro-postérieur était de 7,62 cm.

Le cordon et une main qui se présentaient, étaient replacés par le professeur Cameron qui accouchait la femme avec son forceps. Le cœur de l'enfant battait mais faiblement et on ne pouvait pas établir l'acte respiratoire. Il y avait beaucoup d'écchymoses à la tête.

La malade sort le 15 juillet. On lui conseillait de rentrer pour l'induction.

Deuxième accouchement actuel. — Prématuré.

Le 17 décembre, 2 h. — On introduit la bougie.

Le 18, 11 m. — Pas de douleurs. On introduit une deuxième bougie.

Le 19. — Peu de progrès. On enlève une des bougies, la remplaçant par une autre.

Le 19, 10 h. soir. — Des douleurs plus fortes, avec perte de liquide amniotique. Col presque dilaté.

Le 30 décembre, 1 h. du matin. — Col dilaté, la tête se présente, le cordon procidé et non pulsatile.

On fait, assez facilement, la version interne, mais, à cause du faux promontoire on a beaucoup de difficulté à descendre les bras. Le périnée était déchiré par le volume du corps de l'enfant et l'introduction de l'avant-bras de l'accoucheur dans le vagin.

Le cœur ne battait pas. L'enfant pesait 1,929 grammes. Douche intra-utérine, périnée suturé au catgut.

Le 28 décembre. — La malade sort en bon état, on lui conseille de revenir au huitième mois.

OBSERVATION 6

Mme W..., *ætat.* 25. III pare, entrée le 7 déc. 1895.

Premier accouchement. — Avril 1893.

A terme, forceps. Enfant vivant encore et bien portant.

Deuxième accouchement. — A la Maternité de Glasgow, le 19 janvier 1895.

Entrée à 2 h. du soir, ayant été en travail depuis 19 heures, et ayant subi une application infructueuse du forceps en ville.

La malade est à terme, la tête en O I D P, ou plutôt transversal. Le diamètre antéro-postérieur est de 8. 25 cen.

On applique d'abord le forceps ordinaire de Simpson, qui, en tirant glisse trois fois de suite, il glisse une quatrième fois malgré une bande enroulée sur les manches.

On applique donc le forceps en axis-traction qui, après une traction considérable, glisse aussi.

Le Dr Black fait la version interne, la tête étant prise au détroit supérieur et, « comme l'enfant était mort », on fait la cranioto-

mie, et on extrait l'enfant avec la plus grande difficulté. L'enfant pesait 3178 grammes.

Le 10 Janvier la malade sort en bon état.

Troisième accouchement (actuel). — Le 10 déc. 1895.

Dernières règles avril 1895, donc au huitième mois, le Dr Black estime le diamètre antéro-postérieur à 7.02 cm.

Le 9 décembre, 4 h. du soir. Bougie introduite le 10 décembre, 8 h. du matin.

Douleurs bonnes, régulières pendant toute la nuit, enfant naît spontanément, vivant, poids 2043 grammes. On le met dans la couveuse, mais peu à peu il devient plus faible et meurt 12 heures après sa naissance.

Le 19 décembre la malade sort en bon état.

OBSERVATION 7.

Mme M... 26 ans. IV pare. Entrée le 2 décembre 1895. Le docteur Oliphant avait examiné la malade quelques semaines avant et conseillé l'accouchement prématuré au huitième mois, le diagonal étant 10*,16 cm.

Premier accouchement. — Décembre 1891. — Fille, née vivante à terme, meurt au bout de 6 heures. La malade avait été endormie mais ne croit pas avoir subi le forceps. Pendant cinq semaines après elle souffrait de miction douloureuse.

Deuxième accouchement. — Juillet 1893. — Fille, à terme et encore en bonne santé. Chloroforme mais pas de forceps.

Troisième accouchement. — Juillet 1894. — Garçon à terme, forceps. L'enfant naquit vivant mais mourait au bout de quelques minutes. Chloroforme.

Quatrième accouchement (actuel). — Dernière menstruation.
Avril 4 à 8, 1895.

Le 4 décembre 4 h. matin. — Bougie introduite.

Le 4 décembre, 11 h. soir. — Col largement dilaté, on enlève la bougie.

Le 5 décembre. — Petites douleurs toute la journée.

Le 6 décembre, 11 h. matin. — Chloroforme, on trouve le col presque complètement dilaté, la tête en OIGA, avec une main et un pied.

On fait facilement la version par manœuvres internes et, avec un peu de pression sus-pubienne, l'enfant naît vigoureux.

Le 14. — Les deux sortent en bon état.

OBSERVATION 8

Mme T..., 36. IV pare. Entrée le 17 octobre 1898.

Premier accouchement. — le 18 octobre 1891. — Forceps au détroit supérieur, enfant mort.

Deuxième accouchement. — Le 19 mars 1893. Induction au huitième mois. Enfant vivant. L'antéro-postérieur estimé à 10.16 cm.

Troisième accouchement. — Le 22 octobre 1894, à l'entrée on trouve le col complètement dilaté, avec présentation de l'épaule et de la main gauche. Version et forceps.

Enfant, garçon, à terme, mort, pesant 2837 grammes.

Quatrième accouchement (actuel). — Entrée le 17 octobre 1895 au huitième mois.

Le 18 octobre. — Bougie introduite.

Le 21 octobre. — Garçon vivant poids 2500 grammes.

Le 30 octobre. — Les deux sortent en bon état.

OBSERVATION 9

Mme M..., *ætat.* 23. V pare, entrée le 23 septembre 1895.

Première grossesse. — Craniotomie.

Deuxième grossesse. — Accouchement provoqué. Enfant mort.

Troisième grossesse. — Craniotomie.

Quatrième grossesse. — Le 3 juin 1894, à la Maternité de Glasgow.

Accouchement provoqué à 7 mois 1/2.

Présentation du front, tête presque dans le diamètre transversal. On fait la version par manœuvres internes et l'enfant naît vivant, poids 2270 grammes.

Il existe une dépression marquée sur l'os pariétal droit.

Les mensurations du bassin étaient :

Interépineux 26. 7 centimètres

Le diamètre diagonal 8. 9 centimètres

Intercostal. 29. 2 centimètres

Antéro-postérieur 6.98 centimètres

Le 12 juin. — Les deux sortent en bon état. Enfant 1816 grammes.

Cinquième accouchement actuel. — Entrée le 23 septembre 1895 pour l'induction au septième mois.

Présentation de la face, d'un bras et du cordon, qui battait bien. On ne pouvait pas replacer ces parties et on faisait la version.

Enfant, mort, poids 1929 grammes.

Suites normales de la mère.

OBSERVATION 10

Mme D..., *ætat.* 21. Entrée le 16 septembre 1895 pour induction.

Première grossesse. — Versions par manœuvres internes et craniotomie.

Deuxième accouchement actuel. — On ne donne pas les mesures pelviennes.

L'enfant naît spontanément, vivant, poids 1816 grammes (4 livres) mais meurt avant la sortie de la mère le 26 septembre.

OBSERVATION 11

Mme M..., *ætat.* 20. III *pare.* Entrée pour induction au huitième mois, le 17 juin 1895.

Première grossesse. — Le 16 juillet 1893. Entrée après plusieurs tentatives infructueuses du forceps en ville. A l'examen on trouve un diamètre antéro-postérieure de 8.25 centimètres.

Le cordon était procidé et ne battait pas.

On pratiquait donc la craniotomie et on recommandait l'induction au huitième mois.

Deuxième grossesse. — Le 30 juin 1894.

Présentation de la tête en transversal.

On fait la version, l'enfant naît, blême, pâle, faible, mais vivant, poids 1333 grammes.

Mort après 5 heures.

Il faut 40 min. de respiration artificielle avant qu'il ne crie.

OBSERVATION 11 (Con.).

Troisième accouchement actuel. Entrée le 17 juin 1895, pour l'induction au huitième mois.

Le 19 juin. — Présentation de la tête et d'une main. Version. L'enfant naît vivant, poids 1475 grammes, mort après 2 heures.

Le 28 juin. — La mère sort en bon état.

OBSERVATION 12

Nellie G..., *ætat.* 24. I pare. Entrée le 13 septembre 1895 pour l'induction.

La malade présente des signes très marqués de rachitisme. Sa taille est de 127 centimètres.

Le diamètre diagonal est de 9.5 centimètres.

Des râles crépitants dans les deux poumons.

Date des dernières règles, fin août 1894.

Le 1^{er} mars. — On introduit une bougie.

Le 6 mars. — Le travail fait des progrès très lents. L'enfant se présente en O I G A et naît mort, poids 1590 grammes.

OBSERVATION 13 (*Vide.* Obs. IV).

M. M..., *ætat.* 32. V pare. Entrée le 28 septembre 1894. Induction au huitième mois.

Enfant né vivant, poids 2951 grammes.

Sorti en bon état le 12 octobre 1894.

(Voir observations antérieures).

OBSERVATION 14

Mme B..., *ætat.* 39. XI pare. Entrée le 20 août 1894 pour accouchement à être provoquée au huitième mois.

On ne donne pas de notes sur les accouchements antérieurs au nombre de dix.

Onzième grossesse actuelle.

Diamètre antéro-postérieur 7 centimètres.

Le 20 août. — Col grand ouvert comme une pièce de 1 franc. On introduit un petit ballon de Barnes. La tête se présente et on fait la version par manœuvres externes, une main dans le vagin, mais la présentation de la tête se produit.

Le 21 août. — On introduit un deuxième ballon de Barnes.

Le 22. — On introduit le ballon de Barnes du plus grand modèle.

OBSERVATION 15 (Con).

Le 23 août. — Douleurs insignifiantes, on fait passer une bougie dans la matrice.

Le 23 août, 10 h. du soir. — On fait la version, accouche sans difficulté, enfant naît vivant, poids 2724 grammes, mais meurt sept jours après.

Le 26 août. — La mère se plaint de douleurs utérines, et la température monte à 38°. On donne de l'huile de ricin et un lavement.

Le 27 août. — Température 39°3 et 39°4. Pouls 116-120. Des fomentations sur le ventre.

Le 28 août. — Température 39°6, les douleurs abdominales sont moindres, mais il est survenu des vomissements biliaires. On donne du calomel.

Le 29 août. — Température 30°6. Vomissements.

Le 30 août. — Température 40°5 et 40°6. Elle meurt assez subitement.

Autopsie montre deux déchirures longitudinales dans le col avec une péritonite purulente.

OBSERVATION 16

Mme D., *actat* 26. II pare. Entrée le 18 août 1894.

Pas d'observation sur la première grossesse.

Deuxième, accouchement actuel, reçue pour induction à 7 mois 1/2.

Mensurations pelviennes.

D'une Ep. à l'autre 24 cent.

D'une crête à l'autre. 25 —

Diamètre antéro-postérieur 7 —

Le 30 août. — Présentation de la tête. Version et enfant facilement délivré. Le cordon ne battait pas et la respiration artificielle continuée pendant une heure, ne ressuscitait pas l'enfant qui pesait 1773 grammes.

Suites de couches normales.

OBSERVATION 17

Isabelle M. S., *actal.* 21. Primipare.

Entrée le 20 juillet 1894, pour induction au huitième mois.

Bassin généralement rétréci.

Diamètre : Intérépineux	20 cent.
» Intercostal	13.5 cent.
» Antéro-postérieur	7.6 cent.

On introduit une bougie, plus tard des ballons de Barnes.

La tête se présentait mais la poche se rompait subitement avec procidence du cordon.

On fait la version et trouve beaucoup de difficulté à faire descendre les bras.

Enfant naît mort, poids 2497 grammes.

Suites normales.

OBSERVATION 18

Mme M..., *aetal.* 25. III pare, entrée le 22 juin 1894.

Première grossesse à terme, forceps, l'enfant ne vécut que 8 heures.

Deuxième grossesse à terme, forceps, l'enfant vécut 15 minutes.

Troisième accouchement actuel, induction à la fin du huitième mois.

Ses mesures pelviennes étaient :

Intérépineux	26 cent.
Intercostal	2.90 cent.
Le diamètre diagonale	8.9 cent.

Présentation du front, on fait la version, et on accouchait sans grande difficulté.

Pendant quelques heures l'enfant était très faible mais, au bout de dix jours il allait beaucoup mieux, et sortait en bon état, poids 2724 grammes, c'est-à-dire 250 grammes de moins qu'à sa naissance.

OBSERVATION 19

Janet S..., *actat.* 23. II pare, entrée le 14 avril 1894 pour induction.

Première grossesse. — Avril 1897, à terme.

Le diamètre diagonal était 9,5 cent.

On fait une application de forceps au détroit supérieur mais il ne tient pas.

L'enfant dont on ne note pas le poids, était très faible et pendant quelques jours ne semblait pas bien aller, mais il sort en bon état, avec la mère le 18 avril.

Déchirure du périnée.

Deuxième accouchement (actuel). — Entrée le 14 avril 1894 à 8 1/2 mois.

Le bassin est généralement rétréci.

Le diamètre inter-épineux . . . 23 cent,

— inter-costal . . . 25 —

— antéro-postérieur . . 7,6 m.

Présentation du vertex, on fait la version et l'enfant naît vivant, poids 3235 grammes.

L'ancienne cicatrice périnéale est déchirée.

Les deux sortent en bon état, le 26 avril.

OBSERVATION 20

Mme D..., *actat.* 29. III pare, entrée le 14 juin 1894.

Les deux premières grossesses s'étaient terminées par l'embryotomie et la craniotomie.

Troisième accouchement (actuel). — Induction à 7 1/2 mois.

Le diamètre antéro-postérieur est de 7 cent.

Présentation de la tête, version, forceps sur la tête en arrière.

Enfant naît mort, poids 3497 grammes.

Le 23 juin. — Mère sort en bon état.

OBSERVATION 21

(Voyez obs. IX pour grossesses antérieures).

Mme M..., *æet.* 21. IV pare. Induction à 7 1/2 mois.

Le 12 juin. — Les deux sortent en bon état.

Poids de l'enfant 2270 grammes.

OBSERVATION 22

(Voyez observations 27, 33, 39 pour les autres grossesses).

Mme S. ., *æetat* 26. V. pare. Entrée le 23 mai 1894.

Première grossesse. — Décembre 1888, à terme. Craniotomie.

Deuxième grossesse. — Le 21 novembre 1899. Introduction à 7 mois 1/2. Enfant naît mort.

Troisième grossesse. — Le 28 octobre 1891. Induction à 8 mois. Enfant naît mort.

Quatrième grossesse. — Le 16 mars 1893. Induction à 8 mois. La version, forceps. Mort.

Cinquième grossesse. — Induction, présentation transversale version et accouchement facile. L'enfant ne pesait que 1816 grammes, et ne survécut que quatre heures.

OBSERVATION 22

Mme C. *aetat*, 28. III pare. Entrée le 2 février 1899 pour l'induction au huitième mois.

Première grossesse. — Craniotomie.

Deuxième grossesse. — Craniotomie.

Troisième grossesse. — (Actuelle) induction au huitième mois.

Mensurations pelviennes.

D'une épine à l'autre 28 cm.

D'une crête à l'autre 26 cm.

Le diagonale 89 cm.

Deux heures après l'introduction d'une bougie, la poche d'eau se rompait, présentation en OIGA ; version par manœuvres internes, et extraction d'un enfant mort, poids 3395 grammes.

Le 27 février. — Sortie de la mère.

OBSERVATION 24

Jane M. *aetat* 19. Primipare. Entrée le 23 août 1893, pour induction.

La malade était rachitique, avec des commémoratifs d'ancienne coxalgie.

Le diamètre antéro-postérieur était au-dessous de 7.6 cm.

Le 23 août. — Bougie introduite dans l'utérus.

Le 23 août. — Membranes rompues.

Utérus très contracté.

Craniotomie.

Poids de l'enfant (sans cerveau) 2724 grammes.

Suites normales.

OBSERVATION 25

Maggie M..., *aet* 25, primipare, entrée le 25 août 1893 pour l'induction.

Le diamètre antéro-postérieur au-dessous de 7.6 centimètres.

La présentation se fait en O I G A, version, rupture périnéale.

L'enfant naît vivant, poids 2.550 gr.

3 septembre. — La mère et l'enfant sortent, poids de l'enfant 2.320 grammes.

OBSERVATION 26

Mme G..., *aet*. 20, primipare, entrée le 7 juillet 1893 pour l'induction.

Diamètre antéro-postérieur, 92 centim.

Induction au huitième mois, O I D A.

L'enfant naît, vivant, poids 2.611 grammes.

Le 18 juillet, les deux sortent, poids de l'enfant 3.228 gr.

OBSERVATION 27

Voyez obs. 8

Mme T..., *aet*. 24, primipare, entrée pour l'induction le 16 mars 1893.

L'accouchement se termine naturellement. L'enfant 3.270 gr. à naissance, 2.327 gr. à sa sortie le 28 mars 1893.

OBSERVATION 28

Voyez observations 21, 33 et 39.

Mme S..., *Âge* 25. IV pare. Entrée le 15 mars 1893 pour l'induction.

Présentation du siège et du cordon.

Version par manœuvres internes.

Application du forceps sur la tête.

« L'enfant respirait après l'accouchement mais ne vivait que peu de temps ».

Poids 2497 grammes.

Le diamètre diagonal 8,25 cm.

Un peu de fièvre pendant la période puerpérale.

OBSERVATION 29

Mme M..., *Âge* 23. Primipare. Entrée le 16 février 1893 pour l'induction au huitième mois.

Le diamètre antéro-postérieur 76 cm.

La présentation se fait en OIGA.

Application du forceps dans la cavité pelvienne.

Enfant naît vivant, poids 3063 grammes.

Le 27 février. — Les deux sortent en bon état.

OBSERVATION 30

Mme G..., *Âge* 32. II pare, entrée le 23 novembre 1892 pour l'induction.

Première grossesse. Janvier 1890, forceps, enfant mort.

Deuxième grossesse (actuelle).

Le diamètre diagonale : 8,25 cc.

Présentation OIGP, application du forceps au détroit supérieur.

L'enfant naît, vivant, poids 3140 gr.

Suites de couches normales.

OBSERVATION 31

Mme T..., *âgée* 30. III pare. Entrée le 10 octobre 1892.

Première grossesse à terme, présentation du siège, enfant mort.

Deuxième grossesse, le 2 décembre 1891.

Présentation de la tête, du cordon et d'une main tous impactés. Craniotomie.

Troisième accouchement (actuel).

Date des dernières règles, le 20 mars 1892.

Sensation de mouvements, fin de juillet.

Accouchement le 23 octobre 1892.

Le diamètre diagonal : 9.5 cc.

Présentation du siège, extraction facile.

Poids de l'enfant 1703 gr. meurt le lendemain.

Le 1^{er} novembre 1893. Sortie de la mère.

OBSERVATION 32

Mme K..., *âgée* 31. II pare, entrée le 35 avril 1892, pour l'induction.

Première grossesse. Craniotomie.

Deuxième (actuel) accouchement, le 27 avril 1857.

Le diamètre diagonale : 8.25 cent.

Présentation de la face et d'un coude. On la convertit en crânienne mais elle redevient faciale.

Application du forceps, enfant naît vivant mais « faible et asphyxiée », poids 2.270 grammes.

Les deux sortent bien, le 6 mai 1893.

OBSERVATION 33

Mme J..., *ætat.* 23. II pare, entrée le 25 février 1892, pour l'induction.

Première grossesse, avril 1891. Craniotomie.

Deuxième (actuel) grossesse, le 27 février 1892.

Le diamètre diagonale : 8.25 cent.

Date des dernières règles, le 13 juin 1891.

Présentation crânienne, forceps, enfant naît vivante, poids 2.210 grammes, « petite et faible » mais le 7 mars 1892, les deux sortent en bon état.

OBSERVATION 34

Voyez obs. 21, 27, 39.

Mme S..., *ætat* 34, III para, entrée le 16 octobre 1891 pour l'induction.

Présentation d'une main, version par manœuvres internes, enfant naît vivant, poids 1530 grammes. « Le cœur battait faiblement mais la respiration artificielle ne le faisait pas respirer.

Sortie de la mère en bon état le 7 novembre.

Warden

OBSERVATION 35

Mme P..., *ætat* 22, primipare, entrée pour l'induction le 17 août 1891.

Le diamètre diagonal 9.5 centimètres.

Présentation en O I G A. Application du forceps au détroit supérieur.

Enfant naît vivant, poids 2728 grammes, mais meurt le sixième jour.

La mère sort le 3 septembre.

OBSERVATION 36

Agnes M..., *ætat* 25, II pare, entrée pour l'induction au huitième mois le 11 mars 1896.

Pas d'observation de la première grossesse.

Deuxième (actuel) accouchement.

Le diamètre antéro-postérieur 7.6 centimètres.

Présentation cranienne, version.

Enfant, poids 2210 grammes, naît vivant, mais meurt six heures après.

OBSERVATION 37

Mme S..., *ætat.* 25. II pare, entrée pour l'induction au huitième mois, le 6 janvier 1895.

Première grossesse. — Mars 1890, craniotomie.

Deuxième accouchement (actuel).

Présentation de la tête, la main, le pied et le cordon, version.

Enfant naît vivant, poids 2450 grammes, mais l'enfant meurt quatre heures après.

Le 12 janvier 1891. — Sortie de la mère.

OBSERVATION XXXVIII

Maggie T..., *ætat.* 17. Primipare, entrée pour l'induction au huitième mois, le 6 septembre 1890.

Le diamètre diagonal, 8,25 cent.

Présentation crânienne.

Application du forceps, craniotomie, ensuite embryotomie.

L'enfant pèse 2610 grammes.

OBSERVATION XXXIX

Mme B.... *ætat.* 34. IX pare, entrée pour l'induction au huitième mois, le 4 février 1890.

Premières six grossesses. — Toutes facilement accomplies.

Septième accouchement. — Septembre 1886. Plusieurs tentatives de forceps, puis crâniotomie.

Poids de l'enfant, sans cerveau, 3750 grammes.

Huitième accouchement. — Octobre 1887, au huitième mois.

Le diamètre diagonale, 10,8.

Poids de l'enfant à naissance 2890 grammes.

Huit jours plus tard, 2830 grammes.

Neuvième accouchement. — Au huitième mois.

Présentation, OIGP, forceps au détroit supérieur.

Enfant naît vivant, poids 2830 grammes.

OBSERVATION 40

(Voyez Obs. 21, 27, 32).

Mme S..., *Aetat*, 23. II pare. Entrée pour l'induction à 7 mois 1/2, le 31 novembre 1889.

Date des dernières règles, mars 1889.

Présentation du siège, enfant mort.

Poids 2320 grammes.

La mère sort en bon état.

Pas d'autres cas entre les mois de mars et de novembre 1889.

En étudiant avec soin ces observations on est d'abord frappé du manque regrettable de détails concernant la mère, l'enfant, les commémoratifs, etc. Cela est dû à ce que les observations sont inscrites dans les livres de l'hôpital d'une façon très peu détaillée.

La carte sur laquelle on enregistre le cas ne donne place que pour les renseignements les plus maigres ; les observations donc, dépendent plutôt de l'intérêt individuel qu'y prend l'interne et, presque inévitablement, on omet des détails de la plus grande importance. Ainsi, il manque quelquefois la date des dernières règles, des notes sur les accouchements antérieurs, de la mensuration exacte du rétrécissement du bassin (Obs. 10, 36), des renseignements sur l'état de l'enfant à sa naissance autres que la désignation du sexe : si vivant ou mort, à terme ou avant terme, toutes choses, en un mot, qui sont du plus haut intérêt dans tous les cas d'accouchements

provoqués. Il est exceptionnel qu'on se soit servi de l'auscultation du cœur fœtal comme indication pour l'intervention ou non, et on n'indique pas la cause de la mort dans un seul cas de décès infantile.

On remédierait à la plupart de ces omissions par des cartes ou des feuilles plus détaillées où on rappellerait les faits importants à signaler.

Dans les dernières sept années donc, du mois de mars 1889, jusqu'au mois de mars 1896 à la Maternité de Glasgow on a pratiqué l'accouchement prématuré provoqué par cause de bassin rétréci, 39 fois chez 33 femmes (les observations 4 et 3, 9 et 20, 21, 27; 33 et 39, 8 et 26 concernant la même malade), dont 9 étaient primipares et 24 multipares. Par an ces inductions se comptent comme suit :

Mars 6. — 1896. — Mars 1895.	. . .	12 cas.
5.	» . . .	9
4.	» . . .	6
3.	» . . .	4
2.	» . . .	4
1.	» . . .	2
0.	» . . .	2

De ces 33 femmes, l'une (obs. 14) est morte de l'infection puerpérale, et des 39 enfants, 13 étaient mort-nés, six sont morts dans les 24 heures, quatre encore dans les sept premiers jours. Donc, 16 des 39 sont sortis de l'hôpital vivants dix jours après leur naissance.

Voyons d'un peu plus près ces résultats des deux points de vue importants : I. — de la mère et II. — de l'enfant.

I. — *Résultats concernant la mère.*

Nous avons vu que, dans la plupart des observations, il manque la date de la dernière menstruation, que, donc, il est impossible de dire avec exactitude à quelle période on a entrepris l'induction.

Mais on note, en général, à quel mois de la grossesse sont entrées les malades, ou même si on ne l'affirme pas, on peut le déduire des conseils donnés après l'accouchement antécédent.

Or, la clientèle hospitalière, malgré le conseil de se présenter « au huitième mois », néglige souvent de le faire et nous ne considérerons que les cas, où il y a une note exacte de la période de la grossesse au moment de l'accouchement forcé.

Dans les 26 cas, donc, qui restent, on verra qu'on a commencé l'induction.

Dans 3 cas, à 8 mois $1/2$ (obs. 4, 8, et 32).

Dans 17 cas, au huitième mois (ob. 1, 3, 6, 7, 8, 11, 13, 14, 16, 17, 22, 25, 28, 35, 36, 37, 38).

Dans 4 cas, à 7 mois $1/2$.

Dans 2 cas, au septième mois.

Quoique ces dates ne puissent être qu'approximatives, on verra qu'elles ont une influence très marquée et très importante sur le poids et la vie de l'enfant (obs. 90, 12).

(2) *Pour les 9 primipares* (obs. 1, 12, 16, 23, 24, 25, 28, 34, 37) l'induction n'a été heureuse qu'en trois cas (obs. 24, 25, 23) et ces trois enfants pesaient, le dixième

jour 2320 grammes, (obs. 24), 3178 grammes (obs. 25) et 3000 grammes (obs. 28).

Dans les 6 cas qui restent, ou les enfants étaient nés morts ou ils ne survivaient pas 7 jours.

Pour les 24 multipares, les commémoratifs des accouchements antérieurs étaient très intéressants et très instructifs.

(a). Onze étaient des II pares (obs. 5, 10, 15, 18, 26, 29, 31, 32, 35, 36 et 39) dans les premiers accouchements desquelles.

(1) Une seule avait un enfant vivant, né à terme avec forceps (obs. 18).

(2) Des deux il n'y a pas d'observation (obs. 15 et 35).

(3) Les huit autres avaient des enfants morts.

5 par la craniotomie.

3 par le forceps.

A leur deuxième accouchement, à la Maternité de Glasgow, l'induction n'avait un résultat heureux que dans cinq cas (Obs. 18, 26, 29, 31, 32), les enfants étant mort-nés ou mourant dans le courant de la semaine dans les six autres cas.

(1) On considère l'induction comme ayant eu un résultat « heureux » ce qui est, au moins, très douteux, si l'enfant survit huit jours.

Des cinq enfants nés vivants, les dits heureux résultats de l'intervention, il n'y avait qu'un dont le poids était supérieur à 2270 g. (5 livres), et celui-là aurait du courage et de l'optimisme qui, vu la mortalité infantile du « East-end » de Glasgow, croirait que les enfants d'un

tel poids verraient même le premier anniversaire de leur jour de naissance.

(2) En 1855 sur une population de 356,355, les chiffres des morts au-dessous d'un an étaient 2,600, c'est-à-dire une proportion de 196 sur mille naissances.

En 1875	499,480	3,388	163
En 1895	595,876	3,538	155
En 1897	714,919	3,896	160

(b) (Huit étaient des III pares (obs. 3, 6, 11, 17, 19, 22, 30, 33.)

Leurs premières grossesses s'étaient terminées comme suit:

Une seule avait un enfant vivant (obs. 6) né à terme, avec application du forceps.

Quatre subissaient la craniotomie (obs. 11, 19, 22, 23).

A deux, on avait appliqué le forceps au détroit supérieur, enfants morts (obs. 3, 17.)

Leur deuxième grossesse se terminait ainsi:

Pas une seule n'avait d'enfant vivant.

Quatre craniotomies (obs. 6, 19, 22, 30).

Une, forceps au détroit supérieure, enfant mort (obs. 17).

Trois, induction, enfant mort-nés ou mourant dans les huit jours. (Obs. 3, 11, 33).

Pour leur troisième grossesse, l'Induction à la Maternité de Glasgow ne réussissait que dans deux cas (obs. 3 et 17) les dix autres enfants étant morts.

(c) Quatre étaient IV pares (obs. 7, 8, 10, 17).

A leur première grossesse:

Pas une n'avait d'enfant vivant,

Une, enfant-mort à terme (obs. 7.)

Une, mort-né à terme, forceps. (obs. 8).

Deux craniotomies (obs 20, et 27).

A leur deuxième grossesse :

Une avait un enfant vivant, à terme, sans intervention (obs. 7).

Une subissait l'induction, enfant bien portant (obs. 8).

Deux subissaient l'induction, enfants morts (obs. 20, 27).

A leur troisième grossesse :

Pas une n'avait d'enfant vivant.

Une induction, enfant mort (obs. 27).

Une mort-né à termes, (obs. 7).

Une version et forceps, enfant mort (obs. 8).

La quatrième subit la craniotomie, (obs. 10).

A leur quatrième grossesse (à la maternité le glasgow) :

Trois avaient un enfant vivant (obs. 7, 8 et 20).

Chez une (obs. 27) l'enfant ne vécut que quelques minutes.

Des trois nés vivants, deux pesaient 2270 grammes et 2724 grammes. On ne donne pas le poids de l'autre.

(d) Trois étaient Vpares (obs. 9, 13, 4).

Première grossesse :

Pas d'enfants vivants, craniotomie (obs. 9), fausse couche (obs. 13), craniotomie (ob. 21).

Deuxième grossesse :

Par induction, un enfant vivant, (obs. 13) deux morts.

Troisième grossesse :

Pas d'enfants vivants, craniotomie (obs. 9), fausse couche (obs. 13) induction (obs. 21).

Deux femmes subissaient la craniotomie (obs. 23, 37) chez l'une d'elles on avait d'abord tenté le forceps,

(Tant de circonstances entrent en considération au point de vue de savoir quel est le meilleur mode d'accouchement, qu'on ne peut guère tirer des conclusions de ces données. Il faudrait une observation plus détaillée, et une expérience plus étendue.)

(5) Des dimensions du bassin.

A Glasgow, comme ailleurs, on considère le diamètre antéro-postérieur comme d'un à deux centimètres moins grand que le diamètre diagonal et on ne peut guère trouver dans ces mensurations la cause des mauvais résultats ci-dessus cités.

Pour les vingt-cinq bassins, où on donne le diamètre diagonal, nous trouvons une moyenne de 9 centimètres pour les quatorze bassins, où on donne le vrai diamètre antéro-postérieur, on trouve une moyenne de 7-6 centimètres. Voici, donc, un diamètre, à travers lequel une tête fœtale au 8^{me} mois doit sûrement bien passer, un diamètre, à travers lequel, je me permets d'ajouter, la symphyséotomie permettrait certainement de faire passer une tête fœtale à terme d'une largeur bi-pariétale de 8.9 à 9.5 centimètres.

II. — Résultats au point de vue de l'enfant.

Comme nous l'avons déjà dit plus haut, des 39 enfans, 13 étaient mort-nés, 6 mouraient dans les 24 heures 4 dans les premiers 8 jours,

16 donc sortaient vivants de l'hôpital au bout de dix jours, ce qui donne une mortalité totale au moment de la sortie, de 59 pour cent.

Ces 16 enfants, devaient-ils survivre ? On n'ose guère l'attendre, étant donné que quatre pesaient 2.270 grammes ou moins. (Obs. 2, 20, 31, 32).

Que trois pesaient entre 2.270 et 2.500 grammes. (Obs. 8, 24, 26).

Dans un cas on n'a pas noté le poids. (Obs. 7). Des huit enfants qui restent, on pourrait dire que leur chance de survivre dans le « *struggle for life* » était presque aussi bonne que celle d'un enfant né à terme, puisque leur poids était entre 2.720 gr. et 3.250 gr., donnant un poids moyen de 3.180 grammes.

Si on prend ces huit enfants comme les seuls vraiment viables, nous avons une mortalité ou mieux une non viabilité de 79.5 pour cent.

(2) Pour les 13 enfants mort-nés (obs. 1, 4, 5, 9, 12, 15, 16, 19, 22, 33, 36, 39), on ne peut guère indiquer d'une manière absolue la cause de la mort. Il faut nous contenter de généraliser et de l'attribuer aux mauvais effets des interventions nécessaires, à la rupture précoce des membranes, à la durée prolongée du travail, à la pression sur un cordon procident, ou autre cause due à la nature de l'intervention.

(8) Des dix enfants, morts dans les 24 heures (obs. 6, 11, 21, 27, 34, 35), un seul (obs. 27) était d'un poids supérieur à 2.270 grammes, le poids moyen des cinq autres cas n'étant que de 1.950 grammes. De ce fait seul, ils étaient condamnés à une mort presque certaine.

(4) Des quatre enfants qui mouraient dans les premiers huit jours (obs. 10, 14, 30, 34) deux étaient de 1.810 gr. et au dessous (obs. 10, 30), et deux resp. de 2.720 gr. (obs. 14) et de 3.170 grammes (obs. 34) succombaient le 7^e et le 6^e jour.

(5) La période de la grossesse à laquelle on a commencé l'induction paraît avoir une influence marquée sur la survie de l'enfant.

Les deux enfants, nés au septième mois, étaient tous les deux morts, 1930 et 1590 grammes, la mère du premier étant une primipare, la mère du deuxième une quintipare, qui avait déjà subi deux craniotomies, une induction enfant mort, et une induction enfant vivant, poids 1710 grammes.

Des quatre enfants nés à 7 mois 1/2 (obs 15, 19, 20 et 30), trois étaient morts, avec des poids de 1870, 2490 et 1920 grammes.

L'enfant vivant (obs. 20), pesait 2270. Dans les vingt autres cas on pratiquait l'intervention dans le courant du huitième mois.

On ne peut pas, cependant, trop s'appuyer sur ce point les malades mêmes ignorant souvent la date des dernières règles.

(6) Néanmoins, d'après les poids des enfants, il est évident qu'il est extrêmement difficile, sinon impossible, de juger, d'après la date des règles ou même l'examen abdominal, si l'enfant sera, dans un sens pratique, viable ou non.

En ne tenant compte que du poids et sans s'occuper du résultat final on verra que :

5 enf. à la naiss., ou 10 j. plus tard

			pes. 3180 gr. et au-dessus
6	—	—	ent. 2720 et 3180 gram.
8	—	—	2270 et 2720 gram.
9	—	—	1820 et 2270 gram.
5	—	—	1360 et 1830 gram.

C'est-à-dire, quatorze étaient d'un poids au-dessous de 2270 grammes, vingt-deux au-dessus de 2720 grammes. On dira qu'à terme, aussi, les enfants diffèrent énormément de poids et qu'on ne doit pas s'étonner s'ils ne diffèrent pas moins au septième ou huitième mois. Cela peut être une explication du fait mais le danger n'est pas diminué pour cela, car, si nous devons mettre fin à la grossesse au huitième mois, il faut que nous ayons une idée si l'enfant va peser dans les 2000 grammes ou 3000 grammes, 500 grammes de poids pour un enfant de huit mois sont d'une beaucoup plus grande importance que 500 grammes du poids d'un enfant à terme. Si nous ne pouvons avoir de renseignements précis sur ce point il me semble que l'opération de l'accouchement prématuré n'est pas justifiable.

Vu donc, ces résultats de l'induction à la Maternité de Glasgow pendant les dernières 7 années, les interventions ayant pour objet une mère vivante et un enfant vivant, quelles doivent être nos conclusions ?

Ces résultats peuvent ainsi se résumer.

Une mortalité maternelle de 2-56 pour cent.

Une non-inviabilité infantile de plus de 79 pour cent. (On considère comme non-viables les enfants d'un poids infé-

rieur à 2500 grammes, les enfants étant à la maison et non en couveuses.

Une mortalité infantile au septième jour de 59 pour cent.

Une mortalité infantile au bout de 24 heures de 48. 7 pour cent.

Une mortalité infantile à la naissance de 33.3 pour cent.

De tels chiffres ne sont pas encourageants et, quand on se rappelle que la symphyséotomie et un écartement des pubis de 6 centimètres agrandit un détroit de 7 centimètres à 10 centimètres, et un détroit de 8 centimètres jusqu'à 11 centimètres, on est en droit, au moins, de demander, qu'on en fasse l'expérience.

Vu par le Président de la thèse,
PINARD

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

